

Đồng ý tiêm vắc-xin COVID-19 cho trẻ vị thành niên

(Consent to Vaccinate Minor for COVID-19)

Tên, Tên lót và Họ của trẻ

Ngày sinh của trẻ

Địa chỉ đường phố

Thành phố

ZIP

Tên Phụ huynh/Người giám hộ

Số điện thoại của Phụ
huynh/Người giám hộ

Tên trường

Với tư cách là phụ huynh hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên 16 hoặc 17 tuổi có tên ở trên, tôi đồng ý cho **Sở Y tế Quận Salt Lake (SLCoHD)** tiêm vắc-xin COVID 2 liều của Pfizer cho con tôi trong khi con đang được trường học liệt kê ở trên chăm sóc.

- ✓ Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác.
- ✓ Tôi hiểu rằng học sinh cần được theo dõi trong 15 phút sau khi tiêm vắc-xin.
 - Tôi hiểu rằng, dựa trên tiền sử phản ứng và/hoặc dị ứng với vắc-xin khác trong quá khứ, các y tá của sở y tế sẽ xác định xem học sinh có cần theo dõi trong 30 phút hay không. Các y tá sẽ cho học sinh dùng Benadryl và/hoặc Epipen, nếu cần, theo lệnh thường trực của SLCoHD.
- ✓ Tôi hiểu rằng tôi sẽ được liên hệ để đón con nếu con bị phản ứng dị ứng.

Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ

Ngày